

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 12

DU TRAITEMENT de la Péritonite appendiculaire

« Péritoine fermé, paroi ouverte »

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 14 Décembre 1946

par

Paul PICARD

né le 24 juillet 1920 à Béziers

pour obtenir le grade de docteur en médecine

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURGUE-MOLINES, prof. <i>présid.</i>	{	<i>assesseurs.</i>
		AIMES, professeur.		
		LAPEYRIE, agrégé.		
		JOYEUX, agrégé.		

Imprimerie

CAUSSE - GRAILLE - CASTELNAU

7, rue Dom-Vaissette
MONTPELLIER

1946

DU TRAITEMENT
DE LA PERITONITE APPENDICULAIRE
« Péritoine fermé, paroi ouverte »

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 12

DU TRAITEMENT de la Péritonite appendiculaire

« Péritoine fermé, paroi ouverte »

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 14 Décembre 1946

par

Paul PICARD

né le 24 juillet 1920 à Béziers

pour obtenir le grade de docteur en médecine

Examineurs de la Thèse	{	MM. MOURGUE-MOLINES, prof. <i>présid.</i>	{	<i>assesseurs.</i>
		AIMES, professeur.		
		LAPEYRIE, agrégé.		
		JOYEUX, agrégé.		

Imprimerie

CAUSSE - GRAILLE - CASTELNAU

7, rue Dom-Vaissette
MONTPELLIER

1946

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

Anatomie.	MM. J. DELMAS.
Histologie.	TURCHINI.
Physiologie.	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.	BAUMEL.
Microbiologie.	
Histoire naturelle, médicale et parasitologie	HARANT.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	PUECH.
Hygiène.	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Technique opératoire et chirurgie expérimentale..	ROUX.
Pathologie et propédeutique chirurgicales.	MOURGUE-MOLINES.
Pathologie médicale et clinique propédeutique . .	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	N. . . .
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen honor.</i>
Clinique des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge.	N.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie. . . .	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique gynécologique	AIMES.
Clinique ophtalmologique.	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL.

Charges de cours:

Anatomie.	LAUX.
Histologie.	GRANEL.
Radiologie.	LAMARQUE.
Chimie	MONNIER.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	Clinique des mala-
Microbiologie.	dies contagieuses. JANBON, <i>profess.</i>
Pharmacologie	MM.
	Clinique de la tu-
Pathologie médic.	berculose. VIDAL, <i>professeur</i> .
— BERT, <i>agrégé</i> .	Pathologie chir. TRUC, <i>agrégé</i> .
Propédeutique méd. P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Accouchements. CADERAS
Clinique interne PUECH, <i>profess.</i>	de KERLEAU, <i>agr.</i>
	Stomatologie. HOUPERT, <i>Dr en Méd.</i>

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine. P. RIMBAUD.	Bactériologie. CARRERE.
— BOUCOMONT.	Chirurgie. LAPEYRIE.
— BERT.	— JOYEUX.
— SERRE.	ROUX.
— CHAPTAL.	Urologie. TRUC.
— BALMES.	Accouchements CADERAS
Physiologie LOUBATIERES,	de KERLEAU.
	Neuro-psychiatrie . LAFON.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Il nous a toujours donné l'exemple du
travail et du devoir.*

*Que ma vie professionnelle soit à
l'image de la sienne.*

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR YVONNE

A MA MERE

A qui je dois tout.

*Faible témoignage d'amour et de re-
connaissance.*

A MON ONCLE, LE COLONEL PICARD

OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE 1914-1918 ET 1939-1945

MEDAILLE DE LA RESISTANCE

A MA TANTE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,
M. LE PROFESSEUR MOURGUE-MOLINES

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE
ET PROPEDEUTIQUE CHIRURGICALES
ASSOCIE NATIONAL DE L'ACADEMIE DE CHIRURGIE
OFFICIER DE LA LEGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE 1914-1918 ET 1939-1945

*Qui, durant notre vie universitaire,
nous a toujours prodigué ses conseils et
ses encouragements.*

*En hommage de respectueuse gratitu-
de pour le très grand honneur qu'il nous
a fait d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A NOTRE JURY DE THESE

M. LE PROFESSEUR AIMES

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNECOLOGIQUE
A LA FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER

M. LE PROFESSEUR LAPEYRIE

M. LE PROFESSEUR JOYEUX

INTRODUCTION

Depuis soixante ans à peine que les chirurgiens connaissent et opèrent l'appendicite, combien de travaux le traitement de sa crise aiguë n'a-t-il pas suscités? Mais même quand le sujet semble rebattu et qu'il paraît impossible qu'il puisse soulever quelque intérêt nouveau, même quand on peut penser que tout a été dit sur la question, on peut toujours la voir rebondir. Témoin la longue discussion soulevée en 1931, à la Société de Chirurgie, par la communication de Pierre DUVAL et AMELINE. Cela peut excuser, peut-être, une nouvelle contribution à la thérapeutique chirurgicale de l'appendicite aiguë.

En pareille matière, il ne peut plus y avoir discussion sur l'opportunité de l'intervention précoce, sur la règle de l'ablation indispensable — et en totalité — de l'organe enflammé. Mais comment terminer l'opération?

Drainage? ou fermeture complète, sans drainage?

On sait si le sujet a été débattu. Il suffit de rappeler les publications d'OMBREDANNE en faveur de la fermeture systématique et les rapports sur le drainage de CADENAT et PATEL, au Congrès français de Chirurgie de 1927. D'année en année, les deux écoles sont de part et d'autre soutenues par des champions d'égale bonne foi. Parmi les thèses récentes, voici par exemple, celle de

WERQUIN, prônant la fermeture, favorisée par l'emploi de la vaccinothérapie locale, et celle de CHARBONNIER, qui milite en faveur de la non fermeture et du large drainage du péritoine et de la paroi.

Une aussi flagrante opposition laisse penser que les auteurs ne parlent pas toujours la même langue et traitent de cas non superposables.

Il est délicat de prétendre catégoriser les faits, alors qu'il existe d'insensibles formes de passage. On peut pourtant reconnaître deux grandes classes d'appendicites aiguës :

1° L'inflammation, reconnue à son début, opérée sans retard, est encore au stade d'endo-appendicite, avec réaction à peine ébauchée de la séreuse : l'organe enlevé, le ventre refermé, la guérison s'effectuera, comme pour une appendicite à froid.

2° L'infection a dépassé les limites de l'organe, il y a péritonite appendiculaire. C'est ici que la logique et la prudence poussent l'opérateur à ces larges drainages, que recommandent tous les livres.

La conduite à tenir serait donc assez nette : fermer sans drainage les endo-appendicites, sans réaction importante du péritoine ; laisser ouverte la paroi et drainer largement la fosse iliaque, dans les péritonites appendiculaires évidentes. Mais les choses ne sont point aussi simples.

Les lésions ne sont point toujours faciles à apprécier, l'évolution de la réaction péritonéale demeure l'inconnue ; de sorte que, dans la pratique, des chirurgiens également qualifiés ont des lignes de conduite très différentes. Tel opérateur, venant d'enlever un appendice apparemment peu malade, draine néanmoins, en raison

de la présence de sérosité louche; tel autre referme de propos délibéré, même si l'appendice était gangrené, avec des fausses membranes fibrineuses alentour; et combien d'autres, en pareille occurrence, ont l'habitude de recourir à un moyen terme, en suturant la paroi, mais en laissant dans le péritoine un drain, dit de sécurité.

Faut-il ainsi toujours être hanté par la péritonite possible? Ou redouter toujours des accidents imputables à la béance de la paroi, lorsque l'abdomen n'a pas été refermé? Une autre ligne de conduite n'est-elle pas possible?

C'est ce que, dans ce travail, nous tenterons d'examiner, en nous fondant sur treize observations inédites qu'a bien voulu nous confier notre maître, Monsieur le Professeur MOURGUE-MOLINES.

Après avoir brièvement rappelé les reproches dont est passible le drainage péritonéal; après avoir examiné les dangers auxquels expose la fermeture plus ou moins complète de la paroi abdominale, nous nous efforcerons de montrer qu'il est possible de concilier ces méthodes opposées, d'éviter les risques que l'une et l'autre présentent, d'emprunter à chacune ses avantages, en ayant pour conduite *habituelle* de traiter la péritonite appendiculaire, *péritoine fermé — paroi ouverte*.

CHAPITRE I

ECUEILS DU DRAINAGE PERITONEAL

Une série de reproches peuvent être adressées au drainage du péritoine après appendicite aiguë. Il suffira de les rappeler brièvement.

1° LE DRAINAGE EST ILLOGIQUE ET INUTILE

a) Tout d'abord, parce que, quelles qu'en soient les modalités, le drainage est *pratiquement inopérant*. Comme l'a dit LECENE, la cavité péritonéale n'est pas un vase clos dans lequel il suffit de pratiquer un orifice pour que son contenu s'écoule automatiquement. Le jeu de la pression abdominale, la présence de récessus anatomiques modifient les conditions hydrodynamiques auxquelles pourraient obéir les liquides épanchés. Dans la région appendiculaire, en particulier, le drainage n'a même pas la qualité de s'effectuer au point déclive.

b) En second lieu, parce que, même après un très court délai, un tube de caoutchouc et, à plus forte raison, les mailles d'une mèche, se trouvent oblitérés par des dépôts fibrineux. Rapidement un processus de péritonite

adhésive bloque le drainage, l'englobe, l'isole du reste du ventre, de telle sorte qu'il n'est dès lors plus capable d'évacuer au dehors les sérosités et le pus qui peuvent s'accumuler dans la cavité péritonéale.

c) Il faut enfin se demander si le drainage ne diminue pas les propriétés de défense du péritoine. En abaissant la pression positive intra-abdominale, en faisant converger autour de lui le pouvoir exsudatif de la séreuse, le corps étranger irritant que constitue le drain entraîne la desquamation des cellules endothéliales, provoque un appel fibrino-leucocytaire, bref, affaiblit plutôt les moyens de défense de la séreuse.

2° LE DRAINAGE PEUT FAVORISER L'INFECTION

On a déjà vu qu'il n'empêchait pas, au bout de très peu de temps, la rétention des liquides péritonéaux. Mais, s'il n'est alors plus capable de les évacuer, il n'en peut pas moins servir, en sens inverse, de cheminée d'apport des germes extérieurs, qui peuvent cultiver dans le milieu stagnant où baigne le drain et provoquer une infection secondaire, peut-être pas spécialement dangereuse dans une cavité déjà cloisonnée, mais tenace et lente à se résoudre.

3° LE DRAINAGE PEUT ENTRAINER DES LÉSIONS VASCULAIRES OU INTESTINALES

L'ulcération des vaisseaux iliaques au contact d'un tube de caoutchouc, est une éventualité redoutable, mais peu fréquente, si l'on prend garde à ne pas prolonger le drainage, si l'on a soin de mobiliser et de raccourcir peu à peu le drain.

Les fistules intestinales sont plus fréquemment rencontrées, par lâchage de la ligature appendiculaire, par ulcération du caecum ou du grêle. On pourra soutenir que c'est là un accident providentiel, car la perforation de l'intestin en péritoine fermé aurait certainement été mortelle. Mais on peut aussi se demander si un intestin enflammé, aux parois fragiles, n'a pas pu être ulcéré par le contact du drain ou des mèches.

4° LE DRAINAGE EST UN DES FACTEURS FAVORISANT L'ÉVENTRATION POST-OPÉRATOIRE

Cette éventration s'explique aisément après un drainage large et prolongé par mèches multiples ou après l'ablation d'un sac de Mickulicz. Elle semble moins naturelle, quand il s'est agi d'un drainage tubulaire. On sait pourtant que la présence d'un drain de caoutchouc affaiblit notablement la paroi; que son trajet demeure un point faible soumis à la distension progressive, que son infection provoque une sclérose périphérique diminuant la résistance élastique des muscles. De sorte que l'on peut se demander avec AUVRAY, si le large drainage par Mickulicz ne se répare pas mieux par granulation progressive, que l'orifice que laisse un drain dans la paroi abdominale. De toutes façons, l'éventration est fréquente après drainage et de réparation difficile.

5° LE DRAINAGE EST GÉNÉRATEUR D'ADHÉRENCES, SOURCES DE GRAVES COMPLICATIONS

Le corps étranger du drain provoque à son contact un processus adhérentiel constant. Il n'est pas surprenant que puissent en résulter des complications. Le type

en est fourni par le long drain, qui vient plonger dans le cul-de-sac de DOUGLAS, pour en assurer — ou tenter d'en assurer — la vidange.

Dernièrement encore, à la Société de chirurgie de Lyon, CHALIER, POLLOSSON ont, avec SANTY, insisté sur le retentissement sur les trompes et les ovaires d'appendicites traitées par drainage prolongé du Douglas.

Mais l'accident majeur que peut provoquer le drainage est assurément *l'occlusion intestinale*.

Dans son livre classique, MONDOR met bien en lumière l'action néfaste du drain. Gardant « l'horreur du long tube qui a la prétention, plongeant dans le Douglas, de drainer », il indique avec de nombreuses observations à l'appui, comment le long du drain se forme la bride habituellement responsable de l'occlusion post-appendiculaire *tardive*. Il souligne que si la statistique de KORTE surprend par le nombre d'occlusions après appendicites, il faut sans doute en chercher la cause dans les drains multiples que ce chirurgien avait l'habitude de placer. Et il montre que, pratiquement, les appendicites génératrices d'occlusions sont des appendicites *qui ont été drainées*: 23 cas sur 25, dans la statistique de MAC GLANNAN.

Les cas d'occlusions *précoces* sont fréquemment aussi en relation avec le drain. Celui-ci peut avoir une action mécanique, imputable à la présence de ce long corps étranger, auquel l'intestin grêle vient adhérer et sur lequel il se coude. MONDOR cite le cas de LEURET, celui de HUET, dans lesquels l'ablation du drain a suffi à faire cesser les accidents occlusifs. Il en fut de même chez un malade de VIANNEY.

Le drainage peut aussi faciliter l'occlusion précoce,

dans les cas où, au contact du corps étranger constitué par le drain, un abcès résiduel se constitue. Réintervenant pour occlusion dans trois cas d'appendicites opérées par d'autres chirurgiens et largement drainées, le Professeur MOURGUE-MOLINES a trouvé au contact d'un tube de caoutchouc ou d'un drain-cigarette, un abcès de petit volume, enkysté entre les anses grèles, qui n'avait pas été vidé par le drainage et qui avait provoqué des adhérences occlusives. Dans un quatrième cas, un peu différent, le drainage n'avait pas empêché la formation à distance d'une poche de péritonite enkystée méso-coeliaque.

Au terme de ce rappel succinct des incidents et accidents que peut provoquer le drainage du péritoine, nous arrivons à des impressions concordantes qui permettent de conclure que le drainage de la cavité péritonéale est, somme toute, inopérant au bout de très peu de temps en ce qui concerne son rôle d'évacuation et qu'il expose en outre à d'incontestables écueils. On en vient donc à concevoir qu'une fois l'appendice enlevé — et c'est là une condition essentielle —, lorsque la cause de son infection a été supprimée, le péritoine, naturellement résistant par ses propriétés de résorption et de cloisonnement, est capable de faire face à lui seul à une infestation microbienne qui n'est plus alimentée. Il semble donc logique de lui faire confiance et d'assurer au mieux sa mise au repos, par fermeture complète, et par immobilisation sous glace, comme pour un refroidissement spontané.

CHAPITRE II

DANGERS DE LA FERMETURE PARIÉTALE

La suture pariétale complète, plans par plans, est la condition habituelle de la réunion par première intention, aboutissant à la formation rapide d'une cicatrice solide et esthétique. C'est elle qui est le principal avantage de la technique de la fermeture totale systématique après appendicectomie. Mais il faut bien dire que si c'est bien ainsi que se passent les choses dans les appendicites aiguës sans réactions péritonéales, souvent, trop souvent, dans les cas où l'infection a provoqué la production de liquide intrapéritonéal, de fausses membranes et à plus forte raison de pus, la réparation pariétale ne va pas ordinairement sans incidents : il est rare que des incidents pariétaux ne se produisent pas.

Il en est de relativement bénins qui se traduisent par une élévation de la température jusqu'à 39° souvent, par de la sensibilité et de la rougeur de la paroi jusqu'au moment où, entre deux points de suture ou après désunion partielle, se fait jour à l'extérieur du pus épais et fétide. C'est ce que, trop souvent, on qualifie d'hématome suppuré qui est en réalité la conséquence de l'ina-

culation septique par des anaérobies et le colibacille du tissu cellulaire sous cutané, qui se défend toujours fort mal.

Fréquemment, les accidents sont plus sérieux : la douleur locale est vive, la fièvre élevée, un gros empâtement dur, tendu, rougeâtre, infiltre la région de la plaie opératoire. La désunion de la ligne de suture ouvre un abcès profond, qui ne se réparera pas avant que des lambeaux aponévrotiques sphacelés ne se soient peu à peu éliminés. La fièvre traîne, le malade souffre et maigrit. La cicatrice finalement obtenue est large, gaufrée, adhérente, de mauvaise qualité.

Plus rarement, on assiste à la production d'un véritable phlemon gangréneux diffus, avec sphacèle extensif du tissu cellulaire sous cutané et de l'aponévrose, infiltration à distance, altération sévère de l'état général et toxémie progressive. Les cas mortels rapportés par VIANNEY à la Société de Chirurgie en sont de typiques et déplorables exemples.

Ces accidents infectueux pariétaux ont été reprochés à OMBREDANNE comme l'un des dangers de sa méthode de fermeture systématique complète après intervention pour appendicite aiguë. « L'infection musculaire », a écrit PAUCHET, « est plus grave que l'infection péritonéale ». BILLET, partisan convaincu de la méthode et inspirateur de la thèse de GOGUILLON, estime que les abcès de la paroi peuvent être atténués ou même supprimés par des précautions techniques. Il recommande des incisions nettes, évitant le décollement des plans de la paroi, la protection de celle-ci en la bordant soigneusement de compresses avant l'ouverture du péritoine, afin d'éviter l'inondation de la tranche pariétale par les liquides septiques. Mais on peut se demander si ces

précautions sont suffisantes. Même lorsque la sérothérapie antigangréneuse a été largement utilisée, le phlegmon pariétal est très fréquent. Sur 30 cas ainsi traités et complètement suturés par CLAVELIN, il y a eu 15 fois suppuration de la paroi : une fois sur deux !

Mais il convient d'insister ici sur le fait que ces complications pariétales ne sont pas seulement le lot des appendicites aiguës complètement refermées, mais qu'elles grèvent aussi et souvent lourdement, les opérations suivies de drainage, et spécialement de petit drainage de sécurité. La suture presque hermétique des muscles et surtout de la peau, expose comme la suture totale aux suppurations de tissus se défendant mal et d'autant plus que si l'inoculation a été évitée en cours d'opération, le suintement septique le long du drain ne manque pas de la réaliser.

Ces accidents phlegmoneux qui peuvent aller jusqu'au phlegmon gazeux constituent des complications redoutables.

L'atteinte cutanée seule peut elle aussi être grave. Le Professeur MOURGUE-MOLINES a observé, dans le service du Professeur FORGUE, un cas de gangrène cutanée post-opératoire après drainage d'un abcès péri-appendiculaire, et qui se termina par la mort.

La gravité des accidents pariétaux est bien mise en évidence par la statistique de DESPLAS, que CHARBONNIER donne dans sa thèse.

I. — Appendicites drainées avec suture plan par plan ou en un plan.

151 appendicectomies.

81 sans incidents.

70 incidents.

49 (c'est-à-dire 32,4 pour cent), complications infectieuses pariétales (Petits abcès, abcès gangreneux, phlegmon diffus). 6 décès.

21 (c'est-à-dire 14 pour cent), septicopyohémie à point de départ pariétal. 18 guérisons compliquées (4 embolies, 1 phlébite), 3 décès.

II. — Appendicites drainées avec suture du péritoine et du plan petit oblique et transverse. Aponévrose du grand oblique et peau non suturées.

58 appendicectomies.

49 sans incidents.

9 incidents.

1 phlegmon gangréneux (c'est-à-dire 1,8 pour cent).

8 septicopyohémies (c'est-à-dire 13,8 pour cent).

2 décès.

6 guérisons compliquées (embolie, phlébite).

III. — Appendicites drainées sans suture des éléments de la paroi.

94 appendicites (en général, les plus graves).

74 sans incidents.

16 complications.

0 phlegmon (soit 0 pour cent).

16 septicopyohémies.

Sur ces 16 cas, 6 décès de péritonite généralisée (l'une envoyée le huitième jour, l'autre à la soixantième heure, etc...). 10 guérisons compliquées, dont 4 complications pulmonaires, 1 occlusion à la troisième semaine, trois abcès résiduels (l'appendice n'ayant pu être enlevée), 1 phlébite.

Cette statistique, dont CHARBONNIER tire la conclusion que la non fermeture doit être la règle après appendi-

cite aiguë, montre bien la gravité de l'occlusion — complète ou incomplète — d'une paroi soumise à une inoculation fortement septique. Le matériel de suture et la façon de suturer n'y sont que pour peu de chose. La fermeture en un plan aux crins est tout autant compliquée de phlegmons pariétaux que la suture au catgut, plans par plans.

Nous retiendrons surtout que — tandis que le péritoine était constamment drainé — les résultats ont été progressivement améliorés à mesure que la paroi était de plus en plus laissée largement ouverte.

CHAPITRE III

LE TRAITEMENT

« PÉRITOINE FERME, PAROI OUVERTE »

Dans les pages qui précèdent, on s'est efforcé de souligner les inconvénients et les risques, dans l'opération pour appendicite aiguë, du drainage du péritoine et de la fermeture plus ou moins hermétique de la paroi musculaire et cutanée. Il en découle assez naturellement l'idée de parer à ces divers dangers par la mise en œuvre d'une technique inverse. La méthode sera de fermer régulièrement la séreuse péritonéale et de laisser au contraire, largement béante la paroi.

Ce n'est point là une idée neuve. Bien des chirurgiens ont eu souvent recours à une conception technique de cet ordre. Dans la série des 40 appendicites aiguës présentée par CLAVELIN à la Société de Chirurgie en 1925, 9 fois le péritoine ayant été complètement refermé, on ne ferma pas les parties molles. Au cours de la discussion du rapport sur le drainage de CADENAT et PATEL au Congrès de Chirurgie de 1927, le chirurgien russe DIKANSKY, de Kharkoff, a relaté 19 cas d'appendicite purulente dans lesquels 15 fois le péritoine a été

hermétiquement clos « avec la conviction qu'il pourrait se défendre lui-même contre les germes d'infection y restant », tandis que la paroi a toujours été laissée ouverte, « car les tissus cellulaires se défendent moins bien que le péritoine ». En essayant de fermer la paroi, l'auteur avait observé des phlegmons, une fois même un phlegmon gazeux très grave. Sa conclusion était la suivante :

« Dans toutes les appendicites aiguës, y compris les purulentes :

1° L'appendice doit être enlevé; 2° le grand épiploon doit être appelé vers le champ opératoire pour exercer son rôle de protecteur; 3° Le péritoine doit être fermé hermétiquement à quelques rares exceptions près; la paroi reste ouverte dans les cas purulents ».

C'est une méthode analogue à laquelle, depuis quelques années, s'est rallié notre maître, le Professeur MOURGUE-MOLINES. D'abord utilisée avec hésitation, la technique a été plus tard plus largement employée, pour devenir le procédé habituel dans toutes les péritonites appendiculaires rencontrées. Les résultats ont confirmé la valeur de la méthode. Notre Maître en a petit à petit amélioré la technique, de manière à préparer une réparation plus rapide et meilleure que la cicatrisation par seconde intention habituellement obtenue. Frappé par la facilité avec laquelle les bandages adhésifs se détachent des surfaces cruentées à bourgeons charnus, ayant constaté qu'il était parfaitement possible de les appliquer directement sur les plaies sans risques d'infection, il songea à les utiliser comme la vieille chirurgie employait le diachylon, pour le rapprochement des bords de la plaie demeurée ouverte. Cette pratique

montra qu'il est possible d'obtenir de la sorte une fermeture étonnamment rapide et une cicatrisation linéaire et solide, tout à fait comparable à une cicatrice par première intention.

Le professeur MOURGUE-MOLINES a bien voulu nous confier les observations de ses malades. Elles sont au nombre de 13. Ce n'est pas un nombre considérable, mais il faut dire que le plus grand nombre des appendicites aiguës traitées ont été refermées sans drainage en totalité (péritoine et parties molles). C'est que la méthode » péritoine fermé, paroi ouverte » ne s'adresse bien évidemment qu'à des cas avec réaction péritonéale franche, à des péritonites appendiculaires.

Nous donnerons ces 13 observations, de la plus récente à la plus ancienne. Les cas étant sensiblement superposables, les premières seules seront exposées avec quelque détail. Les autres seront résumées et réduites à l'essentiel.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

Mademoiselle C.... Cécile, 18 ans.

Le 29 juillet, vers minuit, a été réveillée par de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, bientôt suivies de vomissements. Le 30 juillet, vers 7 heures du matin, elle est examinée par son médecin qui porte le diagnostic d'appendicite aiguë. La température est à 38°3. L'intervention d'urgence est conseillée. Mais la malade est à Bédarieux et, en raison de la grève des Postes, sa famille ne peut se mettre en relation avec Montpellier, ce qui retarde son arrivée à la clinique, jusque vers 13 heures.

A l'examen, jeune fille très corpulente; abdomen météorisé. Point de Mac Burney extrêmement vif. L'épaisseur de la paroi ne permet pas de percevoir d'empatement net; mais la percussion provoque une contracture fugace, très douloureuse. Toucher rectal légèrement sensible. T = 38°9; P = 120.

Intervention immédiate, à la 14e heure (professeur MOURGUE-MOLINES). Anesthésie locale, après injection intra-veineuse de 1 cgt. de morphine.

Incision de Mac Burney, avec dissociation musculaire. A l'ouverture du péritoine, abondant écoulement de li-

quide bouillon trouble, très mal odorant. Le cæcum, les anses grêles, la trompe qui est visible, sont de coloration rouge lie de vin. Le liquide trouble étanché, on extériorise sans peine le cæcum et l'on découvre l'appendice, qui, à première vue, paraît normal, quoique très congestionné: il est plutôt grêle, en position rétro-cæcale externe, mais son extrémité, perdue dans la profondeur, ne peut être extériorisée, étant complètement fixée.

Section première de la base de l'appendice et dissection progressive de son méso, avec pinces en étages. L'appendice se déroule peu à peu: il est normal sur 10 centimètres, puis il se coude brusquement et forme une grosse masse, en battant de cloche, du volume du pouce, avec énorme tuméfaction de son méso. La pointe est noyée dans un abcès enkysté, contenant un pus épais et fétide; elle constitue un hameçon de 7 centimètres environ, de couleur noirâtre ou feuille morte, avec de gros placards fibrineux à sa surface. En un point, ectasie très nette, où la paroi est réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarette.

Appendicectomie, après hémostase du méso; pas d'enfouissement. Poudragé avec 5 grs de sulfamides cristallisées. *Fermeture du péritoine* par 4 points au catgut zéro. *La paroi musculaire est laissée ouverte.*

Une mèche de gaze est tassée entre les lèvres des muscles petit oblique et transverse dissociés, puis s'étale au-dessous des bords de l'aponévrose du grand oblique; elle comble enfin l'espace sous-cutané et affleure les bords cutanés. Deux lames d'adhésif perforé, directement appliquées sur la peau, rapprochent les lèvres de l'incision à ses deux extrémités et les mettent au contact. Au centre, entre les deux lames d'adhésif, la mèche

est recouverte par une petite compresse fixée par une troisième bande adhésive. Une vessie de glace recouvre ce pansement, maintenue par un bandage de corps.

Suites opératoires. — Le soir de l'intervention, malade calme, n'ayant pas eu de nausées. $T = 38^{\circ}5$; $P = 100$.

31 juillet. La malade a reposé et n'a pas eu besoin de morphine. Elle boit volontiers; pas de nausées. $T = 38^{\circ}2$; $P = 92$.

Le soir, $T = 38$; $P = 90$. Malade calme; ventre souple.

1^{er} août. L'opérée a commencé à faire des gaz, dans la nuit. Visage reposé; $T = 37^{\circ}7$; $P = 84$.

2 août. Très bon aspect; $T = 37^{\circ}5$; $P = 80$. *Pansement*: la mèche est mobilisée et, tout de suite, s'exteriorise; on l'enlève. Instillation de mercurochrome à 2 %; on remet une petite mèche, très faiblement tassée entre les lèvres cutanées. Les adhésifs réunissant les deux extrémités de la plaie n'ont pas été enlevés. On supprime la glace.

3 août. Malade très bien. Lavement suivi d'une selle abondante. $T = 37^{\circ}3$ le matin, 38° le soir.

4 août. Deuxième pansement: la petite mèche est enlevée; instillation de mercurochrome. Changement des adhésifs des extrémités de la plaie: cicatrice déjà presque solide; nouvelle application d'adhésifs rapprochant cette fois les bords cutanés d'un bout à l'autre de l'incision.

5 août. Très bien. Une selle normale. $T = 37^{\circ}5$ et $37^{\circ}8$.

6 août. Troisième pansement: on trouve sous les adhésifs un peu de sérosité rougeâtre, nouvelle occlusion, après nettoyage à l'éther. $T = 37^{\circ}3$ et, le soir, $37^{\circ}6$.

8 août. Quatrième pansement: cicatrisation presque

complète; nouvelle apposition directe d'adhésif. Dans l'après-midi, la malade se lève.

12 août. Cinquième pansement: cicatrisation complète, linéaire, sauf au centre, où persiste un petit bourgeon charnu, gros comme une tête d'épingle noire, qui est nitraté. La malade rentre à Bédarieux par le train, le treizième jour après son opération.

Le 30 août, la malade écrit qu'elle va parfaitement et a repris depuis deux semaines une vie absolument normale.

OBSERVATION II

M. C..., Jean, 24 ans, employé de bureau. En pleine santé, dans la soirée du 13 mars 1946, environ deux heures après dîner, le malade a ressenti de violentes coliques, d'abord diffuses, puis localisées dans la fosse iliaque droite. Il s'est couché vers 22 heures, essayant de calmer ses douleurs par l'application de compresses chaudes. Vers minuit, il a commencé à vomir et durant la nuit, il a eu une dizaine de vomissements bilieux, très abondants.

Examen, le 14 mars, à 10 heures du matin: Température: 39°; le pouls: 96. Ventre respirant mal, avec tension manifeste à droite. Point de Mac Burney très douloureux, défense musculaire évidente. Percussion très douloureuse, avec sub-matité. Toucher rectal douloureux.

Diagnostic: Appendicite aiguë à la 14^e heure. Le malade signale avoir présenté un an auparavant une crise douloureuse abdominale, avec vomissements, qui avait été considérée comme une crise de coliques hépatique.

Intervention à 15e heure (professeur MOURGUE-MOLINES).

Anesthésie locale par infiltration pariétale à la novocaïne à 1 p. 200, complétée par quelques bouffées d'éther au moment de l'extériorisation de l'intestin. Incision de 8 cm. oblique, à deux travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Incision de l'aponévrose du grand oblique parallèlement à ses fibres. Dissociation des muscles petit oblique et transverse, le plus bas possible. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une assez grande quantité de liquide louche, d'odeur fécaloïde. Le cæcum, fortement congestionné, est impossible à extérioriser.

Après anesthésie générale, on mobilise le cæcum par décollement de son bord externe et l'on découvre l'appendice, en position rétro-cæcale. Il est gros comme l'index, induré et turgescent, sa pointe est fixée en hampeçon dans la gouttière pariéto-colique; son méso est fortement infiltré. L'ensemble de l'appendice est d'apparence gangrénée, de couleur feuille morte, mais on ne découvre pas de perforation.

Hémostase du méso, rendue difficile par son induration graisseuse et nécessitant plusieurs ligatures étagées. Ligature de l'appendice à sa base, au catgut. Section au thermocautère. Pas d'enfouissement.

Inspection de la cavité péritonéale, après assèchement du liquide louche qu'elle contient. L'épiploon bloque déjà la grande cavité, ayant contracté quelques adhérences lâches. Celles-ci sont prudemment respectées. La lésion viscérale ayant été correctement enlevée, l'exsudation séreuse paraissant non encore franchement purulente, le *péritoine est refermé* par un petit surjet au catgut fin, après poudrage sulfamidé.

Les écarteurs étant enlevés, les muscles petit oblique et transverse tendent à revenir en place; on insinue entre leurs lèvres, au contact du péritoine refermé, une petite mèche, qui s'étale un peu au-dessous des deux bords de l'incision du grand oblique, qu'elle maintient écartés, ainsi que les berges de l'incision cutanée. Deux bandes adhésives, directement appliquées sur la peau, perpendiculairement à la ligne d'incision, fixent la mèche en place et maintiennent l'ensemble de la paroi.

Petit pansement avec quelques gazes, une nappe de coton hydrophile et un bandage de corps, dans lequel on a fixé une vessie de glace.

Suites opératoires. — La première journée se passe simplement; l'opéré déclare souffrir très peu. Température, le soir: 37°9.

Dès le lendemain, le malade émet les premiers gaz, spontanément. Température: 37°6 le matin, 37°5 le soir. Le pansement est faiblement traversé par un peu de sérosité rougeâtre.

Le troisième jour, le pansement est défait et l'on mobilise la mèche. Celle-ci vient avec une extrême facilité et on se résout à l'enlever en entier. Instillation d'une petite quantité de mercurochrome dans son lit. Rapprochement des lèvres de la plaie par deux bandes adhésives placées presque au contact, directement sur la peau. La glace est maintenue.

Convalescence rapide. Un pansement identique au précédent le 20 mars et un troisième le 23. A ce moment les deux extrémités de la ligne d'incision sont cicatrisées, il ne persiste qu'une petite surface cruentée au milieu. Nouveau rapprochement par adhésif. Le malade sort de la clinique.

Le 1^{er} avril, après deux autres pansements, avec ap-

plication du crayon de nitrate, la cicatrisation est complète. Cicatrice linéaire à un degré tel, qu'il est difficile de dire si elle n'a pas été suturée.

L'opéré a été revu trois mois après l'opération. Cicatrice linéaire d'appendicite à froid. Pas trace de faiblesse pariétale.

OBSERVATION III

Mademoiselle B..., 48 ans. Soignée à la clinique Vert-Bois, par électrochoc, pour troubles mentaux à type dépressif.

Dans la soirée du 22 mars 1946, douleurs abdominales très vives suivies d'abondants vomissements bilieux. La malade, qui a dissimulé son mal, n'en parle que le lendemain vers midi. A ce moment, température: 39°; pouls: 120. Le diagnostic d'appendicite aiguë est porté.

Intervention, le 23 mars à 19 heures (professeur MOURGUE-MOLINES).

Anesthésie locale. Incision de Mac Burney avec dissociation musculaire. Le péritoine est infiltré et son ouverture laisse d'écouler un liquide louche et fétide. Le cæcum est très rouge. Gros magma épiploïque coiffant l'appendice en position sous-cæcale, gros, turgescent et la pointe gangrénée. Appendicectomie sans enfouissement.

Le péritoine est soigneusement asséché. Il ne semble pas y avoir de liquide épanché dans le Douglas. On décide de refermer le péritoine, par 5 points séparés au catgut fin, après poudrage de sulfamide (5 grs).

Une mèche est tassée mollement au-dessus du péritoine entre les muscles dissociés et écarte les lèvres cu-

tanées, qui sont maintenues par deux bandes adhésives élastiques.

Suites opératoires. — La température demeure à 38°5 les deux premiers jours, mais les gaz commencent à passer à la 24^e heure. Le pansement du second jour montre qu'il n'y a pas trace d'inflammation locale. La fièvre baissant en lysis, la mèche est enlevée le 4^e jour.

Le huitième jour, alors que l'on a rapproché les lèvres de la plaie avec des adhésifs, brusque clocher de fièvre à 38°7. La malade, difficile à interroger en raison de son état psychique, dit souffrir quand elle va à la selle. Elle raconte alors qu'avant l'opération elle souffrait déjà « dans le vagin et le périnée ». Le toucher vaginal montre un certain empâtement du cul-de-sac postérieur. Cependant, la température baisse les jours suivants et la malade déclare ne plus souffrir. Mais le seizième jour, alors que la plaie opératoire est pratiquement fermée, nouvelle ascension de la température. Le toucher montre que le Douglas bombe et est douloureux. *Colpotomie* évacuant environ 60 grs de pus malodorant. Suites simples.

La malade quitte la clinique guérie le 24 avril.

OBSERVATION IV

Djil Ben Ahmed, 5^e R. T. M., 30 ans.

Appendicite aiguë à la 28^e heure, avec fièvre à 39°.

Opération d'urgence le 10 juillet 1945 (médecin lieutenant-colonel MOURGUE-MOLINES).

Anesthésie: Pentothal, 1 gr. 30.

Incision de Roux, parallèle à l'arcade crurale. Section des muscles.

Péritoine infiltré, contenant une cuillerée de liquide purulent, autour d'un appendice gangréné recouvert de fausses membranes. Appendicectomie sans enfouissement. Détersion soigneuse de la cavité. 10 grs de sulfamilamide cristallisé. Fermeture lâche du péritoine par 3 points de catgut 0. Mèche tassée entre les muscles et sous l'aponévrose et affleurant la peau. Adhésifs.

Suites opératoires simples. Température à la normale 3 jours, mèche enlevée le 5^e jour. Cicatrisation complète en 16 jours. Paroi solide.

OBSERVATION V

Kr. Hans, prisonnier allemand, 19 ans:

Appendicite aiguë, à la 17^e heure. Température: 38°6.

Opération le 30 juillet 1945 (Médecin lieutenant-colonel MOURGUE-MOLINES).

Anesthésie: Pentothal, 1 gr.

Incision de Mac Burney. Dissociation musculaire. A l'ouverture du péritoine il s'écoule une grande quantité de liquide louche, mais non fétide. Appendice en hameton, recouvert de fausses membranes. Appendicectomie sans enfouissement. Sulfamides: 5 grs. Fermeture du péritoine par 3 points de catgut fin. Mèche tassée dans la paroi. Pansement adhésif directement sur la peau.

Suites opératoires. — Très simples. Cicatrisation rapide et excellente. Sortie de l'hôpital le dix-septième jour.

OBSERVATION VI

Rap... Ernest, 2^e Cl. C.I.A.B. — *Appendicite aiguë opérée à la 36^e heure* le 27 avril 1945 (Médecin lieutenant-colonel MOURGUE-MOLINES). Anesthésie: Pentothal starter, protoxide-éther.

En raison de l'ancienneté de la crise et de la défense très nette en dehors, à la palpation sous anesthésie, incision de Roux parallèle à l'arcade. Section musculaire, ouverture du péritoine à son point de réflexion: il s'écoule une quantité abondante de liquide séro-purulent fétide. Barrière d'adhérences épiploïques. Appendice gros comme le doigt en position rétro-cæcale et fixé. Section première de sa base. Appendicectomie rétrograde, rendue difficile par la friabilité de l'organe et sa longueur. Une perforation avec scyballe dans le péritoine.

Sulfamidation de la gouttière pariéto-colique (sulfamidamide: 10 grs). Après remise en place du cæcum, le péritoine est refermé par quelques points de catgut. 5 grs de sulfamide dans les muscles qui sont laissés ouverts, ainsi que la peau et tamponnés par une mèche. Adhésif directement.

Suites simples. Apyrexie rapide. Gaz le 2^e jour. Suppuration de la paroi nichée, pansée tous les deux jours avec adhésif chaque fois. Granulation rapide.

Opéré évacué sur l'intérieur, presque complètement cicatrisé le 1^{er} mai.

OBSERVATION VII

Fel.... Ali, caporal 4^e R. T. T., opéré le 19 mai 1945, pour appendicite aiguë à la 12^e heure. (Médecin lieutenant-colonel MOURGUE-MOLINES). Anesthésie locale. Incision de Mac Burney. Dissociation. Très abondant liquide séreux dans la péritoine. Appendice gros et turgescent entouré à sa pointe d'un couvercle épiploïque. Libération facile. Appendicectomie sans enfouissement. Sul-

famidação: 5 grs. Fermeture du péritoine par 2 points de catgut. Mèche tassée dans la paroi. Adhésif.

Suites excellentes sans fièvre. Mèche enlevée le 4^e jour. Evacué sur l'intérieur en très bonne voie de cicatrisation le 9^e jour.

OBSERVATION VIII

Ber... Marcel, 11 ans, de Séverac-le-Château. *Appendicite aiguë à la 32^e heure*. Opération d'urgence à 22 heures le 5 décembre 1941. (Docteur MOURGUE-MOLINES). Anesthésie: Schleich.

La palpation sous anesthésie laisse prévoir que la lésion est très externe et assez haute. Incision à cheval sur l'épine iliaque antéro-supérieure et très près d'elle. Section des muscles. Liquide bouillon sale dans le péritoine. Adhérences épiploïques. Appendice dans la gouttière pariétocolique difficile à dégager, gangréné à sa partie moyenne sur un calcul stercoral. Appendicectomie sans enfouissement. Sérum antigangréneux dans le foyer. Fermeture du péritoine. Paroi laissée ouverte avec une mèche imbibée de sérum antigangréneux.

Suites. — Le lendemain matin: Température: 39°; pouls: 130. Gaz à la 30^e heure. Baisse rapide de la température. Mèche enlevée le 13 décembre (huitième jour). Rapprochement avec adhésif. Cicatrisation rapide. Sortie le 21 décembre presque parfaitement cicatrisé.

Revu deux mois plus tard. Excellente cicatrice, solide, presque linéaire.

OBSERVATION IX

Cic.... Louis, de Sète, 17 ans.

Appendicite aiguë, avec douleurs vives et vomissements le 21 février 1941, glace sur le ventre: amélioration. Rechute le 24 février. Fièvre. Vu et opéré le 25 février. (Professeur MOURGUE-MOLINES.)

Rachianesthésie. Incision de Mac Burney. Dissociation. Extériorisation difficile du cæcum rouge et congestionné. Appendice rétro-cæcal externe, gros et congestionné, fixé dans la gouttière pariéto-colique par une couenne fibrineuse. Section première de la base, dissociation rétrograde sous-séreuse. Sérum antigangréneux. Fermeture du péritoine sans drainage. Mèche dans les muscles et écartant les lèvres cutanées.

Suites sans incidents. Mèche enlevée le 4^e jour. Rapprochement par adhésifs. Rapide cicatrisation. Sortie le 14 mars.

OBSERVATION X

Lap... Jean, ingénieur, 25 ans.

Appendicite aiguë opérée à la seizième heure.

20 août 1940, à 23 heures. *Rachianesthésie*. Incision de Mac Burney. Dissociation; cæcum rouge et enflammé. Très gros appendice, turgescent, en hameçon, recouvert de fausses membranes et fixé à la dernière anse grêle. Appendicectomie rétrograde. Pas d'enfouissement. Fermeture du péritoine en bourse. Les muscles sont laissés rapprochés d'eux-mêmes. Mèche sous les lèvres de l'aponévrose du grand oblique. Pas de suture cutanée. Adhésif et glace sur le ventre.

Suites très simples. Ablation de la mèche le 3^e jour. Rapprochement de la peau par adhésif. Cicatrisation complète le 10 septembre. Sort guéri.

OBSERVATION XI

Baug., Jacques, 14 ans. *Appendicite aiguë opérée à la 12^e heure.*

Défense vive. Température 38°6; pouls 130. Opération le 10 décembre 1939. Incision de Mac Burney. Dissociation. Epiploon recouvrant le bas-fond cæcal. Libération. Petit abcès fétide périappendiculaire. Appendice renflé à la pointe avec une petite perforation. Appendicectomie sans enfouissement. Sérum antigangréneux et anticoli. Fermeture du péritoine. Mèche pariétale sans sutures.

Suites très simples. Pas de vomissements. Fièvre tombée en 48 heures. Retour rapide des gaz. Ablation de la mèche en deux fois, le 5^e et le 7^e jour. Sortie de la clinique le 24 décembre presque complètement cicatrisé.

OBSERVATION XII

Fin... Jean, 10 ans.

Appendicite aiguë à la neuvième heure.

Opération le 9 août 1939. (Docteur MOURGUE-MOLINÉS.) Anesthésie générale au balsoforme. Incision de Mac Burney. Dissociation. Malgré la médiocrité des signes et la précocité de l'intervention, liquide séreux assez abondant. Anses rouges, appendice mésocélique avec énorme infiltration du méso et pointe entièrement gangrénée, prête à se perforer sur un calcul. Appendi-

cectomie sans enfouissement. Lavage à l'éther, fermeture en bourse du péritoine. Muscles et aponévrose laissés rapprochés d'eux-mêmes. Mèche tassée sous la peau.

Suites favorables. Mèche enlevée le 3^e jour. Rapprochement par adhésif.

Sortie le 9^e jour. Cicatrisation parfaite le 12^e.

OBSERVATION XIII

Val... Paul, 70 ans.

Crises douloureuses, vagues anciennes. Depuis 4 jours coliques et fièvre. Défense très vive dans la partie basse de la fosse iliaque. Température: 38°4; pouls: 90.

Intervention le 26 novembre 1938. (Docteur MOURGUE-MOLINES.) Anesthésie générale à l'éther. Incision de ROUX. Section musculaire. Péritoine infiltré. Abscessus avec pus fétide dans un bloc épiploïque enserrant un appendice énorme noirâtre, sans perforation. Ablation. Pas d'enfouissement. Lavage à l'éther. Les barrières d'adhérences ont été soigneusement ménagées. Fermeture lâche du péritoine. Mèche à son contact, tassée entre les muscles.

Suites. — Satisfaisantes en dépit d'une suppuration assez abondante après l'ablation de la mèche. Granulation secondaire.

Cicatrisation complète sans éventration.

Sortie le 24 décembre.

CHAPITRE V

COMMENTAIRE DES OBSERVATIONS

Cette expérience de 13 cas permet les réflexions suivantes sur les avantages de la méthode :

I. — Bien qu'il s'agisse d'une statistique modeste par le nombre des observations, on soulignera pourtant l'intérêt que comportent 13 guérisons sur 13 cas particulièrement sévères.

II. — Mais il faut surtout attirer l'attention sur la *rapidité* et la *qualité* de ces guérisons.

Une appendicite aiguë drainée met en général trois semaines, souvent plus d'un mois à cicatriser. Ici, dans la plupart des cas : en une dizaine de jours, cicatrisation de bonne qualité, esthétique, linéaire et solide. Nous développerons ces avantages dans le chapitre consacré aux règles techniques de l'intervention. Bornons-nous à indiquer ici que les risques d'éventration sont nuls et que c'est précisément, à notre avis, l'absence de suture qui permet la fermeture plus rapide et plus solide que s'il y avait eu infection pariétale après essai de fermeture.

III. — Nous voudrions signaler enfin certains avantages, secondaires, mais non négligeables.

Le premier est l'absence presque complète de douleurs post-opératoires. Il semble que la paroi demeurée ouverte soit beaucoup moins sensible qu'après suture. Comme si les muscles dissociés demeurassent relâchés; tandis qu'enserrés par des fils, gonflés sans doute par l'œdème interstitiel, les muscles demeurèrent contracturés et douloureux.

Dans ces conditions, les mouvements, les efforts brusques retentissent infiniment moins sur une paroi ouverte que sur une paroi étroitement refermée.

Par ailleurs, sont aussi supprimées les douleurs que procure l'inflammation pariétale, avec sa tension cutanée, sa phlogose locale, telle qu'on l'observe trop souvent après fermeture de la peau.

Un autre avantage, dû sans doute à la mise au repos du péritoine, au refroidissement facile de son infection, réside dans la rapidité de reprise du transit intestinal. L'apparition des premiers gaz se fait en général dans les 24 heures qui suivent l'opération.

Enfin, il semble superflu d'insister sur l'euphorie d'un malade à qui on n'a que 3 ou 4 pansements à faire; pansements faciles et dont un seul — le premier, avec enlèvement de la mèche — est quelque peu douloureux. Economie de temps, économie de matériel, économie de sensibilité.

CONDITIONS ET RÈGLES TECHNIQUES DE L'INTERVENTION

Dans les pages qui précèdent, on s'est efforcé de souligner les risques et les inconvénients, après appendicite aiguë, d'une part, du drainage de la cavité péritonéale, d'autre part, de la fermeture plus ou moins hermétique de la paroi musculaire et cutanée. Il en découle naturellement l'idée de parer à ces divers dangers par la mise en œuvre méthodique, mais prudente; d'une technique inverse, consistant dans *la fermeture de principe du péritoine*, marchant de pair avec *un drainage convenable de la paroi laissée ouverte*. C'est la solution à laquelle s'est rallié depuis plusieurs années, notre Maître, le Professeur MOURGUE-MOLINES, dont nous exposerons maintenant, avec quelques détails, la technique.

I. — LOCALISATION PRÉCISE DE LA LÉSION

La première condition d'une bonne intervention réside en la bonne situation de l'incision. Il faut attacher une grande importance à la topographie de l'incision. Lorsque le diagnostic topographique, aussi serré que possible, a rétréci et précisé le champ de l'action opératoire, le chirurgien marche droit à la lésion, selon un

plan méthodique, bien arrêté, exempt de fausses manœuvres. L'opération devient plus nette, se simplifie et s'accélère. Le trauma opératoire est réduit à sa plus simple expression, l'asepsie mieux garantie, le résultat thérapeutique amélioré.

Dans l'appendicectomie, en particulier, ce diagnostic topographique devra être recherché avec précision, car, comme dit MONDOR: « de l'ombilic au fond de DOUGLAS, de l'épine iliaque droite à l'épine iliaque gauche, l'appendice peut être partout. L'appendice pour se cacher, dispose de beaucoup de repaires ». Au chirurgien de le découvrir et de le déloger de ceux-ci...

Et MOULONGUET ajoute que: « l'appendice est un organe dont la situation est variable, et le foyer d'appendicite aiguë peut être situé en des régions très diverses de l'abdomen, et parfois très distantes de la ligne spino-ombilicale classique où sont tracées les incisions habituelles d'appendicectomie ».

Il est évident qu'une incision tracée un peu en dehors du foyer appendiculaire — et le cas n'est pas rare — oblige le chirurgien à agrandir l'incision et faire une véritable laparotomie exploratrice, ou bien à rechercher malaisément à grand renfort d'extériorisations et de brassages d'anses intestinales, l'appendice situé loin de son champ opératoire.

Donc on le voit, la mauvaise topographie de l'incision initiale, risque de compliquer techniquement l'opération, et elle fait courir ensuite au malade des risques de péritonite par suite des véritables décharges septiques provoquées par toutes ces manipulations de tissus infectés.

L'abord direct de l'appendice est donc une bonne condition de simplification de l'acte opératoire, et, par

la suppression du temps de recherche et de manœuvres traumatisantes, évite de nombreux risques d'infection.

Comment va-t-on exactement réperer le foyer, afin de l'aborder par le plus court chemin?

A cet effet, deux manœuvres sont préconisées :

— l'étude de la contracture.

— la palpation sous anesthésie.

A) *Recherche de la contracture.* — Ce signe révélateur des catastrophes abdominales (MONDOR) désignera au chirurgien, par sa localisation, la région exacte du foyer appendiculaire enflammé. Mais cette contracture, très limitée à une période précoce — et par là exactement indicatrice — s'élargit rapidement, et il y a bientôt une large région contracturée — le ventre de bois — dans lequel il serait vain de vouloir localiser avec précision le foyer infecté, même en recherchant, comme l'ont préconisé certains auteurs, une zone de contracture moins marquée.

De ce point de vue, comme y insiste le Professeur MOURGUE-MOLINES, la contracture principale est souvent mieux localisée par la percussion que par la palpation. Le doigt qui percute, par petits coups, prestes et détachés, provoque dans la zone centrale de l'inflammation, une contraction douloureuse de la paroi qui permet de délimiter, parfois très exactement la région où les lésions sont à leur maximum.

B) *Palpation sous anesthésie.* — C'est la méthode préconisée par MOULONGUET. L'anesthésie étant faite, le chirurgien pratique une palpation minutieuse du ventre. Si l'anesthésie est complète et parfaite, le relâchement musculaire permet une palpation profonde facile dans toute la région abdominale détendue, sauf dans le terri-

toire du foyer appendiculaire. A ce niveau, il persiste une résistance aux doigts, résistance qui serait due à une contracture réelle (malgré l'anesthésie), ou plutôt à une tuméfaction provoquée soit par l'agglutination des anses intestinales, soit par un abcès appendiculaire en formation, soit par l'appendice turgescant lui-même.

A ce moment-là, le foyer étant exactement repéré, le diagnostic topographique ayant été localisé « au bout du doigt », l'incision est pratiquée, courte, directe. Presque toujours, elle sera directement ouverte sur le foyer et permettra l'exérèse appendiculaire avec le minimum de recherches, sans extériorisation d'anses intestinales, sans manœuvres pénibles, sans risques de diffusion microbienne.

II. — ANESTHESIE

En matière d'anesthésie, il existe une grande diversité d'habitudes selon les opérateurs. Longtemps fidèle à la rachianesthésie, le Professeur MOURGUE-MOLINES — à moins qu'il n'ait eu recours dès le début, à l'anesthésie générale pour pratiquer la palpation profonde du ventre, selon la recommandation de MOULONGUET, — a maintenant l'habitude d'utiliser toujours *l'anesthésie locale*.

La simple infiltration, plan par plan, de la paroi, avec une solution de novocaïne à 1 pour 200, donne une excellente analgésie pour l'ouverture du ventre. Le péritoine ouvert, si l'appendice se présente immédiatement, l'anesthésie est toujours largement suffisante. Si l'appendice doit être recherché, par des manœuvres un peu laborieuses d'extériorisation du cœcum, des manipulations toujours assez pénibles, avec un péritoine

enflammé, on épargnera au malade toute souffrance en ayant alors recours à une petite anesthésie générale, qui pourra souvent se borner à quelques bouffées d'éther.

III. — INCISION

Tous les chirurgiens emploient de préférence l'incision qui amènera le plus directement sur le foyer appendiculaire, lorsque celui-ci a pu être exactement localisé. Il n'en est pour toujours ainsi. Il y a donc intérêt à utiliser une voie d'accès qui soit :

1) *Aussi externe que possible*, afin d'accéder aux lésions par leur côté latéral, pariéto-colique et sous-cœcal, pour éviter autant que possible la diffusion de l'inflammation au grand ventre ;

2) *Aussi spontanément réparable que possible*, puisque la méthode consistera précisément à s'abstenir de toute réfection opératoire de la paroi.

Une incision répond de manière idéale à ces desiderata : c'est l'incision croisée de MAC BURNEY, avec dissociation musculaire, qui sera menée très près de l'épine iliaque antérieure et supérieure et plutôt plus basse qu'elle. Nous soulignerons plus loin ses remarquables possibilités de réparation.

Il faut toutefois insister sur le fait que l'incision par dissociation peut être insuffisante dans les cas de lésions fixées, d'extériorisation difficile. Il est, en pareil cas, possible de se donner plus de facilités de manœuvre, en accroissant, comme l'a codifié COSTANTINI, d'Alger, le débridement de l'aponévrose du grand oblique, après notable augmentation de l'incision cutanée. Les fibres musculaires (dissociées jusqu'à la gaine du grand droit)

du petit oblique et du transverse *prêtent* alors de telle sorte que des possibilités nouvelles d'extériorisation facilitent beaucoup l'opération. On se souviendra en tous cas, qu'il est formellement contre-indiqué de se résoudre à sectionner les fibres musculaires par le travers, pour compléter un jour insuffisant. La réparation spontanée serait alors irrémédiablement compromise et une éventration post-opératoire serait certaine et difficilement réparable.

C'est pourquoi, dans les cas où l'on peut s'attendre à de sérieuses difficultés, en particulier dans les appendicites opérées déjà tardivement — après la 24^e heure — dans les cas avec fièvre élevée, avec infiltration pariétale, qui laissent soupçonner la probabilité d'un abcès déjà constitué, il semble préférable de se résoudre à une incision plus délabrante, mais plus effective. Le Professeur MOURGUE-MOLINES utilise alors l'incision de Roux, de Lausanne, incision qui, partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, s'étend obliquement en dedans, parallèlement à l'arcade crurale et très près d'elle. On sectionne dans le sens de ses fibres le grand oblique, puis on coupe transversalement la masse charnue des muscles petit oblique et transverse, très près de leur insertion sur l'arcade. On accède ainsi dans le péritoine, dans la portion la plus externe et la plus basse de la région sous-cœcale et surtout, on a conservé avec la lèvre supéro-interne de l'incision un lambeau musculaire large, qui n'a pas de tendance à se rétracter et qui se réimplante aisément sur la gouttière formée par l'aponévrose du grand oblique et l'arcade, par suite du processus cicatriciel rétractile.

IV. — APPENDICECTOMIE

L'ablation de l'appendice, nécessité première de l'intervention, ne nous retiendra pas. Elle sera pratiquée, selon les possibilités techniques, soit directement après libération de la pointe et hémostase du méso, suivie de ligature de l'organe à sa base, soit par voie rétrograde, du fond cœcal vers la pointe, après section première de l'implantation de l'appendice. Dans la pratique du professeur MOURGUE-MOLINES, on ne fait pas d'enfouissement.

V. — FERMETURE DU PERITOINE SANS DRAINAGE

Malgré les inconvénients du drainage, que nous avons cités plus haut, il ne saurait être question d'en envisager toujours et systématiquement la suppression. Incontestablement, il est des cas, pour lesquels tous les chirurgiens seraient d'accord pour mettre en place un gros tube de caoutchouc, une mèche, ou un drain cigarette.

L'abcès appendiculaire, la péritonite purulente diffuse manifeste, l'appendicite gangréneuse, avec perforation ou amputation spontanée et s'accompagnant de pus fétide mélangé de gaz, indiquent formellement un large drainage.

La discussion est plus difficile dans des cas moins nets. Voici, nous semble-t-il, dans quelles conditions, il y a possibilité et avantage à refermer le péritoine :

1° *Appendicite aiguë au début de la crise.* — C'est la lésion des premières heures, qui n'est encore qu'une

endo-appendicite: appendice libre, simplement rouge et tendu, ou appendice turgescent, parfois recouvert d'une couenne fibrineuse, avec léger exsudat voisin. C'est l'indication type de la fermeture sans drainage du péritoine et de la paroi.

2° *Appendicite opérée plus tardivement avec réaction péritonéale évidente, mais non suppurée.* — C'est la lésion de la quinzième ou de la vingtième heure — encore que l'on ne puisse guère schématiser, en raison des différences d'infection et des variabilités de défense organique. On trouve l'appendice congestionné, ainsi que le cæcum et les anses grêles visibles et il existe une sérosité *louche*, parfois abondante, qui semble diffuse. Après avoir aspiré une partie de cet épanchement, ou l'avoir simplement étanché à la compresse, en faisant incliner l'opéré sur le côté droit, on peut se fier au pouvoir de résorption du péritoine, à ses capacités de défense naturelle. On refermera donc la séreuse, à moins que la présence de gaz ne vienne signaler une infection gangréneuse déjà établie.

3° *Appendicite avec péritonite adhésive.* — Il s'agit d'un foyer relativement limité, avec couvercle épiploïque et adhérences molles englobant le cæcum et la dernière anse grêle autour de l'appendice. Souvent, la libération prudente de ce bloc permet de disséquer peu à peu un vermix en érection, très tendu, induré, avec des plaques localisées de sphacèle, mais non perforé; son dégagement une fois amorcé, l'ablation en est relativement simple. Mais parfois aussi, au cours des manœuvres d'approche, la séparation de l'épiploon fait brusquement ouvrir une petite chambre péri-appendiculaire, où se trouve au voisinage de l'organe plus ou moins

sphacélé, une petite quantité de pus. Ce fus franc est presque toujours nettement fétide. Si, cependant, ce petit abcès a été ouvert sans écoulement fâcheux, sans contamination de voisinage, si le pus a été étanché en totalité, avec précaution, si l'appendice peut se cliver sans manipulations laborieuses, il est encore possible de traiter la lésion de manière idéale et de s'abstenir de drainage.

4° *Péritonite appendiculaire apparemment localisée.*

— Ici, la réaction du péritoine est plus étendue. L'appendice n'a pas été englobé étroitement dans un bloc épiploïque circonscrit; il est trouvé libre, ou à peu près libre, dans une fosse iliaque dont la défense s'organise à distance, par une barrière d'adhérence qui tend à enkyster un épanchement séro-purulent.

Le problème est ici litigieux. Nous croyons que l'on peut encore, raisonnablement, tenter la fermeture complète, après évacuation aussi soigneuse que possible de l'épanchement. L'appendice ayant été enlevé simplement et en totalité, si sa base était saine, permettant une bonne ligature, si la paroi cœcale ne présentait aucune escarre péritonéale, l'occlusion du péritoine semble d'autant plus permise que le drainage éventuel d'un abcès résiduel serait par la suite relativement facile, à travers une paroi demeurée béante.

Il est souvent difficile, en pareil cas, d'apprécier exactement si l'épanchement séro-purulent ne se poursuit pas jusque dans la portion déclive de la cavité pelvienne. Le drainage systématique, par un gros drain plongeant dans le cul-de-sac de DOUGLAS est habituellement conseillé, en pareil cas, afin de permettre l'aspiration les jours suivants des liquides résiduels. L'expé-

rience montre cependant, que le péritoine pelvien, dont on sait le haut pouvoir de défense, est presque toujours capable de résorber lui-même l'épanchement et que l'absence de drainage n'entraîne pas la production d'abcès résiduel du DOUGLAS. Nous ne croyons pas qu'il y ait là un risque important. Toutefois, lorsque le toucher, rectal ou vaginal, a montré avant l'intervention une réaction vive du pelvis, avec « cri du DOUGLAS », il nous paraît préférable de drainer celui-ci. C'est sans doute, ce qui aurait dû être fait chez la malade de l'observation III, chez laquelle existait probablement un début d'abcès pelvien. Mais cette observation est démonstrative des capacités de défense du péritoine refermé et montre que le risque d'un abcès résiduel du Douglas est relativement minime, puisque l'ouverture secondaire, par colpotomie, a été rapidement suivie d'une guérison complète.

La décision de fermer complètement le péritoine, dans les divers cas que nous venons d'envisager, peut être prise d'autant plus volontiers aujourd'hui que l'on dispose de l'action bactériostatique des *sulfamides*. Après avoir longtemps pratiqué des arrosages à l'éther, puis, plus tard des instillations systématiques dans le péritoine de sérum antigangréneux ou de bouillon-vaccin, le Professeur MOURGUE-MOLINES a renoncé à la fois aux lavages antiseptiques et aux médications biologiques, pour les remplacer par un poudrage sulfamidé abondant. Il utilise le 1162 F - de préférence, le produit cristallisé américain qui a l'avantage de se répandre uniformément et de ne pas s'agglomérer en grumeaux. Deux paquets de 5 grammes sont habituellement largement suffisants pour saupoudrer abondamment la cavité enflammée.

La fermeture du péritoine est réalisée très simplement, en rapprochant les lèvres péritonéales par quelques points lâches au *catgut* fin. — Il vaut mieux éviter les fils non résorbables — on a ainsi une suture parfaitement suffisante et cependant moins hermétique que celle que donnerait un surjet.

On répond ainsi à l'idée, sans doute très théorique, que si une rétention purulente venait à se produire, elle pourrait s'extérioriser facilement. En fait, l'expérience montre que le péritoine est ainsi complètement et rapidement clos et que sa réouverture n'est jamais observée

VI. — DRAINAGE DE LA PAROI OUVERTE

Si, comme l'a écrit PAUCHET, « l'infection musculaire est plus grave que l'infection péritonéale », il importe de laisser béante la paroi et de panser à plat. Il est facile d'y parvenir après dissociation musculaire. Les écarteurs ayant été enlevés, les deux lèvres musculaires dissociées tendent à se rapprocher; on insinue entre elles et l'on tasse modérément au-dessous des fibres du transverse, au contact du péritoine, une mèche de gaze. La seconde portion de cette mèche est ensuite étalée, au-dessus du plan du petit oblique, entre ce muscle et l'aponévrose du grand oblique. Enfin, sortant entre les bords de la brèche aponévrotique, la mèche vient combler les berges cutanées, en s'appliquant contre le tissu cellulo-grasieux.

Ce tamponnement lâche une fois assuré, la mèche est coupée au ras des teguments, de manière qu'elle n'occupe que la surface cruentée de la plaie.

Quand on a dû recourir à la section transversale des muscles, on procédera de même. La mèche sera tassée

entre les fibres charnues sectionnées, au contact de la suture péritonéale; puis elle s'étalera au-dessous de l'aponévrose, qui a, du reste, été peu décollée en pareil cas. Enfin, la mèche comblera l'espace sous-cutané, sans dépasser les lèvres de la plaie.

VII. — PANSEMENT

Le pansement doit pouvoir maintenir la mèche en place, rapprocher les lèvres de la plaie, tout en maintenant la poussée abdominale. Il est constitué par *des bandes adhésives*, si possible élastiques et perforées. On les applique *directement* sur la peau et sur la mèche qui comble la plaie, perpendiculairement à l'axe de l'incision, de telle sorte qu'elles en rapprochent les bords. Deux bandes de 6 cm. de largeur sont ainsi mises en place, sans se juxtaposer totalement, de sorte qu'elles laissent entre elles un léger espace par lequel le suintement sanglant ou les sérosités provenant de la mèche peuvent facilement s'extérioriser.

Par dessus les bandes adhésives, on complète le pansement par une compresse de gaze et une petite nappe de coton hydrophile. Le tout est maintenu par un bandage de corps, dans lequel on enferme *une vessie de glacé*.

VIII. — TRAITEMENT POST-OPERATOIRE

La mèche, fortement teintée de rouge le premier jour, n'est pas touchée pendant 48 heures. Le troisième jour, lorsque le malade est en bonne voie — (absence de fièvre, ventre non ballonné, émission des premiers gaz) — la mèche est mobilisée au cours d'un premier panse-

ment. Les bords de la plaie sont nettoyés à l'éther et les bandes adhésives sont replacées comme précédemment.

Le cinquième ou le sixième jour, la mèche est enlevée. Elle vient facilement, en général. Dans l'espace qu'elle occupait, on verse du mercurochrome à 2 pour cent, puis, un très petit bout de mèche qui n'occupe que le centre de la plaie. De part et d'autre, les bords sont rapprochés et mis au contact avec les doigts et fixés par deux adhésifs.

Le huitième jour, le petit fragment de mèche est lui-même définitivement supprimé et après attouchement au mercurochrome, les lèvres de la plaie sont étroitement rapprochées par un adhésif, qui, comme les précédents, prend directement point d'appui sur elles.

Il pourra paraître étonnant et peu aseptique d'appliquer ainsi sur des surfaces cruentées un matériel de pansement non stérilisé. L'expérience prouve que l'adhésif ainsi placé, n'entraîne *aucun inconvénient*. Il présente au contraire, des avantages incontestables.

1° L'adhésif assure si exactement la coaptation des lèvres de la plaie, que celles-ci se réunissent *comme par première intention*, et la cicatrice obtenue est, à ses deux extrémités surtout, quasi linéaire.

2° L'adhésif empêche le tissu de granulation, qui au centre, là où se trouvait la mèche, comble rapidement la perte de substance, de devenir exubérant; il le maintient au-dessous des bords cutanés qu'il rapproche, de sorte que l'épidermisation par le glissement de l'épithélium marginal se fait sans difficulté et rapidement.

Dans ces conditions, la cicatrisation est habituellement obtenue vers le douzième jour et au plus tard le vingtième.

La cicatrice obtenue est particulièrement esthétique et plus satisfaisants, en particulier, que celle d'une plaie qui, primitivement suturée, a dû être partiellement désunie à la suite d'un hématome.

Le fait essentiel est d'autre part, que la paroi ainsi réparée, après être demeurée ouverte, est, grâce à un processus cicatriciel rétractile, *remarquablement solide*. Nous n'avons observé aucune éventration, alors que, comme on sait, l'éventration est presque la règle après les appendicites largement drainées par les techniques habituelles.

Cette absence de déhiscence pariétale nous paraît s'expliquer par trois raisons principales :

1° La fermeture du péritoine a isolé les muscles et les espaces sous-aponévrotiques et sous-cutanés du foyer infectieux; la paroi inoculée au cours de l'opération, ne se réensemence plus.

2° Le pansement à plat de la paroi, en évitant l'infection, supprime les risques de sphacèle et en particulier, des lambeaux aponévrotiques;

3° L'action de coaptation des adhésifs directement appliqués sur la peau, se fait sentir sur les deux lambeaux de l'aponévrose du grand oblique, éléments les plus résistants de la paroi. Ils demeurent rapprochés et maintenus. En même temps, le corps charnu des muscles petit oblique et transverse, même si l'on a dû les sectionner par le travers, se rétractent très peu, surtout si, comme nous y avons insisté, leur section a été faite *très externe*. Après incision de MAC BURNEY, avec dissection, la réparation spontanée se fait de manière inébranlable, la tendance au rapprochement étant naturelle.

CONCLUSIONS

Les observations que nous avons rapportées ici nous permettent de tirer les conclusions suivantes concernant le traitement des péritonites appendiculaires.

I. — En cas d'appendicite aiguë avec réaction péritonéale manifeste, il est des cas dans lesquels il est indiqué et extrêmement favorable de terminer l'opération par :

A) La fermeture complète du péritoine.

B) Le drainage pariétal.

II. — *Le péritoine fermé* permet d'éviter les complications inhérentes à la persistance d'un drain dans la cavité péritonéale, en particulier, accidents d'occlusion précoce ou tardive, éventration pariétale.

III. — Grâce au pouvoir de défense propre du péritoine, *lorsque la lésion causale a été supprimée*, la suppression du drainage ne va point à l'encontre de l'évolution favorable et l'absence de corps étrangers est certainement avantageuse.

IV. — La fermeture de la paroi musculaire et de la peau expose trop souvent après contamination par les sérosités septiques issues du péritoine à des complications infectieuses, ennuyeuses, sévères, ou très graves (hématomes suppurées, phlegmon gangreneux, gangrène cutanée extensive).

Ces complications, ainsi que les risques d'éventration qu'elles entraînent, après désunion des sutures et suppuration prolongée, militent en faveur du maintien de la paroi ouverte.

V. — Grâce à la lutte locale contre l'infection par bouillon-vaccin ou poudrage sulfamidé, le maintien de la paroi ouverte par tamponnement avec une mèche assure l'extinction rapide de l'infection, et des suites opératoires favorables.

VI. — A la condition d'enlever précocement le mécha-ge pariétal, et si l'incision a été menée en bonne place, suffisamment basse et externe, la réparation spontanée se fait dans de bonnes conditions, grâce au processus de rétraction cicatricielle.

VII. — Le rapprochement des lèvres cutanées et le maintien de la paroi abdominale sera obtenu par des bandes adhésives directement appliquées sur les téguments.

VIII. — En moyenne, la guérison complète est obtenue en une quinzaine de jours, avec cicatrice quasi-linéaire et sans éventration.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNAUD (R.). — Les complications post opératoires de l'appendicite aiguë d'après 859 observations de l'infirmerie de l'Hôtel-Dieu. *Th. Lyon*, 1937, n. 40
- BERNOT (J.). — Indications opératoires dans l'appendicite aiguë. *Th. Lyon*, 1939, n° 55.
- CADENAT ET PATEL. — Le drainage en chirurgie abdominale (et discussion qui a suivi), *Rapport au Congrès Français de Chirurgie*. Paris 1927.
- CHARBONNIER (P.). — Danger de la suture pariétale dans les appendicites drainées. *Th. Paris* 1943, N° 270.
- CLAVELIN. — La sérothérapie antigangréneuse et l'intervention précoce systématiques combinées dans le traitement de l'appendicite aiguë (série de 40 cas sans décès).
Soc. Chir. 13 mai 1925, page 567 (Rapport de M. L. BAZY).
- DUVAL ET AMELINE. — Réflexions à propos de 752 cas d'appendicite aiguë chez l'adulte opérée d'urgence (et discussion qui a suivi). *Société Nationale de Chirurgie*. (25 mars 1931 et séances suivantes.)
- GOGUILLON. — Traitement des péritonites généralisées d'origine appendiculaire par la fermeture du péritoine sans drainage. *Thèse de Lille* 1926-1927.
- JEANNENEY J. — Conduite à tenir en présence d'une appendicite aiguë. *Journal de Médecine de Bordeaux*. 1942. N° 8.

LECENE ET LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale. *Masson et Cie, éditeurs.*

LEJARS. — Chirurgie d'Urgence. *Masson et Cie, éditeurs.*

MONDOR. — Diagnostiques urgents. *Masson et Cie, éditeurs.*

QUENU ET GANDY. — Traité de technique chirurgicale. *Masson et Cie, éditeurs.*

ROCHARD ET STERN. — Thérapeutique post opératoire à l'usage des chirurgiens, praticiens et infirmières. *Doin, éditeur.*

SANTY. — Fistules suppurées de la fosse iliaque droite d'origine annexielle après opérations d'appendicite aiguë. Discussion: POLLOSSON, CHALLIER. *Soc. Chir. Lyon*, 7 février 1946 in *Lyon Chir.* T. 41 1946, pp. 471, 475.

VIANNEY. — Trois cas d'occlusion intestinale survenue peu après une appendicectomie à chaud. *Soc. Chir.*, 8 juillet 1927, p. 989.

WERQUIN M. — De la fermeture immédiate de la paroi dans les appendices drainées d'urgence. *Th. Paris*, 1939. N° 733.



SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

**Du traitement de la péritonite
appendiculaire
(péritoine fermé, paroi ouverte)**

par Paul PICARD

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 28 novembre 1946.

Le Professeur:

MOURGUE-MOLINES.

Vu:

Montpellier, le 2 décembre 1946.

Le Doyen:

E. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 3 décembre 1946.

Le Recteur:

SARRAILH.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

